

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N° 376

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Auguste BOQUET

Ancien externe des hôpitaux

Né à Beautor (Aisne), le 4 janvier 1882

« LE PROCÉDÉ DE KATZENSTEIN »

Réflexions sur quelques cas
d'ectopie testiculaire opérés par ce procédé

Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI)

1914

111

376

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1914

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

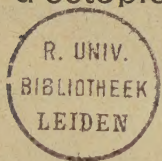
Auguste BOQUET

Ancien externe des hôpitaux

Né à Beautor (Aisne), le 4 janvier 1882

« LE PROCÉDÉ DE KATZENSTEIN »

Réflexions sur quelques cas
d'ectopie testiculaire opérés par ce procédé



Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MA MARRAINE

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage et externat

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWARTZ

MONSIEUR LE DOCTEUR MOSNY

MONSIEUR LE DOCTEUR QUEYRAT

MONSIEUR LE DOCTEUR DALCHÉ

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR ENRIQUEZ

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

MONSIEUR LE DOCTEUR DOLÉRIS

MONSIEUR LE DOCTEUR CATHALA

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Qu'il nous soit permis au début de ce fort modeste travail d'adresser à notre maître, M. le professeur agrégé Marion, à qui nous devons l'inspiration de cette thèse, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous regretterons toujours qu'il ne nous ait pas été permis de suivre aussi longtemps que nous l'aurions désiré son enseignement du service Civiale ; nous en conserverons un ineffaçable souvenir.

Nous tenons à remercier bien vivement M. le professeur Gosset et son assistant M. le Dr Berger de l'accueil bienveillant qu'il nous ont réservé, en nous permettant de recueillir dans le service de la Fondation Chaptal, les observations assez rares qui font le sujet de cette thèse.

Enfin, qu'il nous soit permis de dire à M. le professeur Reclus toute notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

• LE PROCÉDÉ DE KATZENSTEIN •

Réflexions sur quelques cas d'ectopie testiculaire opérés par ce procédé

Ce procédé assez récent semble avoir été esquissé d'abord par Keetley de Londres, en 1894, puis mis au point et modifié par Katzenstein de Berlin.

Le nombre de cas d'ectopie testiculaire inguinale opérés par ce procédé est minime et il est assez difficile de pouvoir recueillir quelques observations permettant d'étudier pratiquement, par les résultats, ce procédé à première vue assez complexe.

L'ectopie testiculaire a suscité de très nombreux travaux, dont on trouvera un exposé général dans le rapport du Dr Villard de Lyon, au Congrès de Chirurgie de 1906, ainsi que de nombreuses études de MM. Souligoux, Kirmisson, Auvray, Walther à ce même Congrès.

Les connaissances de plus en plus précises, non seulement sur la fonction de spermatogenèse du testicule, mais aussi sur son rôle de glande à sécrétion interne, ont poussé les chirurgiens à étudier les

conditions dans lesquelles il était possible de conserver, de développer parfois même, par une intervention judicieuse, les fonctions de cette glande. Nombreux sont, à ce sujet, les facteurs qui entrent dans la discussion et, si l'accord n'est pas absolument fait sur l'âge auquel on doit opérer, bien entendu en l'absence de toute réaction douloureuse ou inflammatoire, il semble bien qu'après la puberté, l'orchidopexie réalisée par n'importe quel procédé, ne saurait rendre au testicule en voie d'atrophie définitive, sa vitalité : elle est capable de redonner à des sujets nerveux, neurasthénisés, la tranquillité morale, « l'illusion d'une virilité accrue ». Mais en réalité le testicule est impropre le plus souvent à sa fonction essentielle de spermatogénèse.

Nous aurions voulu pouvoir citer dans cette thèse des observations plus nombreuses, et surtout de pouvoir en apprécier les résultats un peu éloignés tout au moins ; nous n'avons pu faire mieux à cet égard.

Nombreux ont été les procédés employés dans la cure de l'ectopie inguinale ; d'où l'embarras réel du chirurgien pour le choix de l'un d'eux : nous avons pensé qu'il serait instructif de relater ici quelques observations tendant à faire mieux connaître un procédé qui a donné, entre les mains de MM. les professeurs agrégés Marion et Gosset, d'excellents résultats.

Nous citerons pour mémoire les différentes méthodes préconisées, nous passerons donc rapidement en revue les différents procédés employés pour le traitement de cette anomalie, en nous réservant d'insister sur le procédé de Katzenstein qui fait le sujet de cette thèse.

On peut dire que les procédés opératoires peuvent être classés *grosso modo* en deux groupes :

Un premier groupe dans lequel, pour s'opposer à la réascension du testicule abaissé, on crée au-dessus de lui une barrière infranchissable, soit en fixant solidement le cordon aux piliers de l'orifice inguinal ou à l'aponévrose abdominale, comme l'ont proposé MM. Tuffier, Richelot, Rieffel, Souligoux, etc. ;

Soit comme le conseille M. Kirmisson en formant dans toute la longueur du cordon à l'aide des éléments fibreux voisins « une gangue qui lui sert pour ainsi dire d'attelle » et qui maintient le testicule en place.

Un deuxième groupe où l'on trouve tous les procédés par lesquels, pour empêcher le testicule de remonter, on le fixe, par sa partie inférieure, soit au scrotum, soit à la cloison des bourses, à l'autre testicule, à la cuisse, enfin au périnée.

PREMIER GROUPE

Procédés cherchant la fixation du cordon

Procédé Peyrot-Souligoux. — 1° Incision de la paroi antérieure du canal jusqu'à l'orifice inférieur ;

2° Dissection du sac herniaire et des débris du conduit péritonéo-vaginal en étalant le cordon qu'on regarde par transparence ;

3° Section de toutes les brides fibreuses empêchant le déroulement du cordon, des faisceaux trop courts du crémaster externe ;

4° Création avec le doigt, par dissociation, d'une loge scrotale où sera le testicule.

5° Fixation du testicule par quelques points de catgut environ à 3 centimètres au-dessus de la terminaison inférieure du cordon, unissant la partie celluleuse du cordon au périoste du pubis et au tendon des muscles adducteurs.

Procédé Félizet. — En serrant fortement l'orifice externe du canal inguinal, on cherche à provoquer la stase veineuse, un varicocèle réel. Il y a tuméfaction douloureuse, abaissement progressif du testicule.

qui, en quelques jours, vient se déposer dans la loge scrotale qu'on lui a préparée.

Procédé de Richelot. — Employé en premier par Tuffier peut-être.

Pas de fixation du testicule au scrotum : trois gros fils de catgut retrécissent l'anneau et le trajet inguinal en passant à travers les éléments du cordon ne prenant que les couches externes de ce cordon pour les fixer à l'aponévrose abdominale, et ne respectant que le canal déférent et l'artère spermatique.

Procédé Kirmisson. — « Après avoir allongé autant que possible le cordon en sectionnant les fibres crémastériennes et les adhérences fibreuses, ne ménageant que les éléments indispensables à la nutrition du testicule, artères et veines, canal déférent, après avoir sectionné le prolongement vagino-péritonéal, je reconstitue par une suture au catgut, dans toute la longueur du cordon, la tunique fibreuse commune. »

DEUXIÈME GROUPE

C'est Koch de Munich qui, en 1820, opère le premier une ectopie et fixe le testicule à la cloison des bourses. Les résultats furent mauvais par suite du manque d'aseptie.

1° *Procédé de Jalaguier* (1). — Après libération du cordon aussi haut que possible, on fixe le testicule au fond du scrotum par une suture au catgut. Le catgut se résorbe rapidement en une quinzaine de jours, et les adhérences entre le testicule et le scrotum sont suffisantes pour maintenir la glande.

2° *Procédé de Tuffier*. — Libération soigneuse du cordon, assurant la descente du testicule au-dessous du scrotum, fixation de la queue de l'épididyme au scrotum.

3° *Procédé de Sébilleau*. — M. Sébilleau passe au travers de l'albuginée, sur le pôle inférieur du testicule, trois ou quatre fils de soie ou de catgut qui percent ensuite le fond de la vaginale et qui servent à fixer l'organe d'une part à la cloison des bourses et d'autre part à la face profonde du derme scrotal, sur le côté opposé, le plus bas et le plus loin possible, là, en somme où est spontanément maintenu par son ligament gubernaculaire le testicule qui a accompli sa migration normale.

4° *Procédé de Villemain*. — Présenté à la Société de pédiatrie en 1899, qui consiste après avoir dissocié les éléments du cordon à sectionner la cloison,

1. Thèse de Besançon (91-92).

jusqu'à ce qu'on aperçoive la vaginale, qui laisse transparaître l'albuginée remarquable à sa blancheur ; cette section doit être assez petite pour que le testicule puisse, quittant sa loge, faire hernie à travers cette boutonnière.

Alors, conservant le testicule non ectopique dans la main gauche immobilisé, « nous traversons la vaginale et l'albuginée, seules autant que possible, sans prendre de tissu glandulaire, par deux fils de soie.

» Ceux-ci sont à leur tour passés de la même manière, sous les enveloppes du testicule ectopique qu'un aide s'efforce de faire descendre de son mieux et les deux fils sont noués ; il n'y a plus qu'à suturer la peau de l'unique incision. »

C'est donc la racine de la verge, qui sert, indirectement, de point d'appui : le résultat est d'autant plus applicable qu'il y a ectopie double.

Procédé de Mauclaire. — Procédé dit de « greffe intertesticulaire » (1).

Les points spéciaux en sont les suivants :

- 1^o Section complète de la cloison des bourses ;
- 2^o Ouverture de la vaginale du côté sain ;
- 3^o Avivement losangique de la face interne de l'albuginée sur les deux testicules ;

1. Thèse Dumesnil. Paris, 1906.

4° Suture des surfaces avivées, en mettant les bords symétriques ;

5° Enveloppement des deux testicules accolés par une suture de la vaginale en utilisant la séreuse de la hernie ;

6° Suture de la vaginale unique par quelques points de catgut à la face profonde de la ligne médiane du scrotum ;

7° Suture des tissus profonds autour du cordon pour le fixer.

Procédé de Walther. — Très employé maintenant, peut se résumer ainsi :

1° Libération aussi large que possible du cordon, de façon à abaisser librement le testicule ;

2° Incision de la cloison des bourses.

On passe le testicule ectopique à travers cette boutonnière, à côté du testicule de l'autre côté. On le laisse libre dans sa loge nouvelle et maintenu simplement par une série de sutures séparées placées sur les lèvres de la boutonnière de la cloison.

Procédé de Nicoladini. — On suture le restant de la vaginale au périnée en pratiquant derrière le scrotum une petite ouverture.

Procédé de Katzenstein par fixation du testicule à la cuisse.

L'idée première de cette technique semble appar-

tenir à Keetley de Londres qui exécuta le premier cette intervention en 1894. Voici comment il procédait :

Procédé de Keetley. — Le testicule soigneusement libéré de ses attaches fibreuses dans le canal inguinal, est descendu dans le scrotum, on pratique deux incisions cutanées au scrotum et à la partie voisine de la cuisse ; les incisions cutanées et quelques tissus fibreux qu'on trouve toujours attachés au testicule et à l'épididyme sont suturées ensemble, les sutures traversant la vaginale.

Procédé de Katzenstein. — Katzenstein de Berlin procède de la façon suivante. L'intervention comprend trois temps bien distincts :

Premier temps. — Libération du testicule et du cordon ; allongement de ce dernier s'il est nécessaire.

Deuxième temps. — Fixation du testicule à la cuisse.

Troisième temps. — Section du pont cutané deux à trois mois après.

Premier temps. — On détruit soigneusement toutes les brides fibreuses ou musculaires qui retiennent le testicule et le cordon, de façon à ce que le testicule puisse être amené *sans traction, au-dessous* du scrotum, en employant au besoin le procédé de Mignon ou même celui de M. Delbet.

Deuxième temps. — C'est là où réside toute l'originalité du procédé. On incise le scrotum et on attire le testicule. On fait sur la face interne de la cuisse au niveau du moyen adducteur, à la hauteur de l'extrémité inférieure du scrotum, une incision d'environ 2 centimètres jusqu'à découverte de l'aponévrose.

On fixe, par deux catguts, l'albuginée à l'aponévrose.

On suture à l'aide de crins la peau de la cuisse à la peau des bourses.

On procédera ensuite à la réfection du canal inguinal, très soigneusement le cordon passant derrière les deux plans de suture.

Troisième temps. — On libérera le scrotum de la cuisse, deux ou trois mois après, sûr que l'on sera, que le cordon est assez allongé.

Le lambeau crural reste alors adhérent au scrotum qu'il renforce.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Hôpital Lariboisière, service du D^r Marion, salle Civile.)

Ectopie inguinale droite

B... Jacques, âgé de sept ans.

Rentre à l'hôpital le 26 mai 1913.

Examen. — On constate, à droite, la présence d'une petite hernie et l'absence de testicule dans la bourse correspondante. Testicule senti dans le trajet inguinal.

Opération. — Pratiquée le 27 mai.

Ouverture du canal inguinal à droite.

Libération du testicule, qui est attiré facilement dans la bourse.

Ouverture et résection de la vaginale.

Incision des téguments de la racine de la cuisse et de la bourse droite ; suture de chacune des lèvres postérieures de ces incisions l'une à l'autre.

Fixation du testicule à la cuisse par deux points au fil de Bretagne, résection du canal inguinal.

Suites opératoires normales, pas de température. Sortie de l'hôpital, 16 juin 1913.

Libération du testicule deux mois après intervention.

Revu deux mois après : résultat bon. Testicule de volume normal, non douloureux, occupe le fond du scrotum.

OBSERVATION II

Ectopie inguinale gauche

(Hôpital Lariboisière, service du Dr Marion, salle Civile.)

H... Paul, treize ans.

Entre à l'hôpital le 6 octobre 1913.

Examen. — Absence de testicule dans la bourse gauche.

On ne sent pas le testicule dans le trajet inguinal.

15 novembre. — *Opération.* — Anesthésie générale.

Incision inguinale gauche. La libération du testicule se fait facilement.

Incision de la bourse gauche et incision cutanée de la racine de la cuisse.

Fixation du testicule par deux catguts à la cuisse.

Résection et suture du canal inguinal.

Fixation du scrotum à la cuisse par deux crins.

Suites opératoires normales, pas de température.

Ablation des fils au dixième jour.

Sortie, 1^{er} novembre 1913.

Libération du testicule le 18 janvier 1914.

Le testicule est de volume normal, bien au fond de la bourse, donc bon résultat.

OBSERVATION III

(Hôpital Lariboisière, Service du D^r Marion,
Salle Civile.)

Ectopie testiculaire double

S. M..., âgé de sept ans.

Est amené à la consultation par ses parents pour incontinence d'urine.

Examen. — On trouve rapidement l'explication de ce symptôme : l'enfant a un phimosis.

On constate en l'examinant qu'il n'y a de testicule ni dans la bourse droite, ni dans la gauche.

On opère le phimosis qui amène la cessation complète de l'incontinence, et on conseille aux parents de ramener l'enfant dans quelque temps.

Il revient le 3 novembre et est admis dans le service.

La palpation ne permet de sentir de testicule ni dans la région inguinale, ni dans la région abdominale.

Opération. — Le 12 novembre 1913.

Première intervention. — Incision inguinale droite. Le testicule qu'on n'avait pu sentir auparavant apparaît immédiatement sous la paroi postérieure du canal inguinal, soulevant le péritoine.

Il est de la grosseur d'une olive et paraît absolument sain. Il est très facilement attiré, on ne sectionne aucun vaisseau. On décolle simplement le cordon des tissus environnantes.

On incise le scrotum ; on attire le testicule en bas avec une pince.

On pratique sur la face interne de la cuisse, au niveau du moyen adducteur, une incision de 1 centimètre et demi environ. On découvre l'aponévrose. On fixe par deux catguts l'albuginée à l'aponévrose.

On suture la peau de la cuisse à celle du scrotum par des crins.

Réfection et suture du canal inguinal droit.

Suites opératoires normales. Pas de température.

Le malade sort de l'hôpital le 1^{er} décembre.

Deuxième intervention. — Le petit malade rentre à l'hôpital le 5 janvier 1914.

Opération sous anesthésie générale, le 6 janvier.

Dans un premier temps, on libère le testicule du côté droit, en empiétant notablement sur la peau de la cuisse.

Dans un deuxième temps, on procède ensuite à la cure de l'ectopie testiculaire gauche.

Incision du canal inguinal à gauche.

Le testicule est immédiatement visible, mais sa libération est rendue moins facile par suite de nombreuses adhérences fibreuses : on n'est toutefois pas forcé de sectionner de vaisseaux.

Incision du scrotum. Abaissement du testicule, incision de la peau de la face interne de la cuisse, fixation de l'albuginée à l'aponévrose par deux catguts.

Suture à l'aide de crins, de la peau de la cuisse à celle du scrotum.

Réfection et suture du canal inguinal.

Suites opératoires bonnes, malgré l'indocilité de l'enfant qui fut trouvé levé deux jours après l'opération.

Ablation des fils, dixième jour.

Sorti le 20 janvier.

Libération du testicule, fin février.

L'enfant a été revu, fin mars dernier, soit plus de quatre mois après la première intervention.

Les deux testicules paraissent de volume normal et occupent le fond des bourses.

Cicatrices peu esthétiques, chéloïdiennes (?), surtout sur les cuisses.

OBSERVATION IV

(Communiquée par M. le D^r Berger, service de M. le professeur Grosset).

(Fondation Chaptal, 33, rue Antoine-Chantin.)

Ectopie inguinale gauche

M. C..., opéré le 23 novembre 1912.

Examen. — Ectopie inguinale gauche. Le testicule est senti à la partie inférieure du canal inguinal.

Opération, le 25 novembre 1912.

Opérateur le professeur Gosset, aide D^r Berger.

Anesthésie générale au chloroforme.

Incision inguinale. On arrive sur un sac communiquant

avec le péritoine et qui contient un testicule de la grosseur d'une petite noix, et qu'on abaisse sans trop de difficulté. On ouvre le scrotum à la partie inférieure, incision crurale sur relief du moyen abducteur.

Le testicule est fixé à la soie, à l'aponévrose fémorale.

Fermeture du fourreau scroto-fémoral à la soie.

Fermeture du canal inguinal en deux plans, cordon en arrière.

Suites opératoires normales.

Ablation de fils le huitième jour.

Revient trois mois environ après.

Section sous anesthésie générale du pont cutané. Sortie six jours après.

Revu trois mois après libération; testicule bien descendu au fond de la bourse, de volume normal, non douloureux.

OBSERVATION V

(Communiquée par le M. D^r Berger, service
du professeur Gosset.)

Ectopie testiculaire double

M. C..., quinze ans, entre pour ectopie testiculaire double.

Examen. — Ectopie testiculaire double et hernie inguinale droite très marquée, testicules à l'anneau.

Premier séjour.

Opéré le 19 février 1913.

Opérateur, professeur Gosset, aide D^r J. Berger.

Anesthésie générale à l'éther.

Incision inguinale droite. On découvre le testicule qu'on abaisse, résection du sac.

Incision du scrotum et de la peau de la cuisse et suture à la soie.

Résection du sac. Réfection et suture en deux plans du canal inguinal, cordon en arrière. Durée seize minutes.

Température 37°. Suites opératoires normales, on fléchit légèrement la cuisse pour éviter une traction trop forte sur le cordon, ablation des fils au neuvième jour, lever, onzième jour, on s'aperçoit quelques jours après que le malade présente de l'œdème de la jambe gauche, donc du côté opposé. Le malade est mis en gouttière et ne quitte l'hôpital que trois mois après.

Le 28 mai rentre à la fondation.

Section sous-anesthésie générale du pont cutané.

Sorti le sixième jour.

OBSERVATION VI

Ectopie testiculaire droite et hernie inguinale

M. L..., dix-neuf ans.

Examen. — Hernie inguinale droite et ectopie testiculaire.

Opération. — Incision inguinale. Sac herniaire épais, large ; résection du sac.

Le testicule apparaît de volume normal.

Fixation par procédé ci-dessus à l'aponévrose fémorale.
Suture à la soie.

Cure radicale de la hernie inguinale à la soie, cordon en arrière des deux plans. Durée vingt-sept minutes.

Suites opératoires normales. Ablation des fils, neuvième jour. Sortie quinze jours après.

Section sous-anesthésie générale du pont cutané deux mois après. Malade non revu.

OBSERVATION VII

(Service du professeur Gosset, communiquée
par le Dr J. Berger.)

Éctopie testiculaire droite

M. G..., quinze ans.

Entré le 25 mai 1913.

Examen. — Le testicule est juste à l'entrée du canal inguinal, légère impulsion à la toux. Atrophie des bourses.

Le malade avait une ectopie gauche refoulée peu à peu dans les bourses par le port d'un bandage. Procédé qui échoua à droite.

Opération. — 27 mai 1913. — Sous-anesthésie générale à l'éther. Opérateur Dr Berger, aide Dr Dessart.

Incision inguinale; sac très petit, adhérent au cordon; résection et ligature du sac.

Testicule adhérent au tissu cellulaire pré-inguinal. On

libère ces adhérences et on fixe le testicule à l'aponévrose fémorale.

Réfection et suture du canal inguinal en deux plans. Cordon en arrière. Durée opératoire, trente-cinq minutes.

Suites opératoires normales. Température, 37 degrés.

Ablation des fils, septième jour.

Départ le treizième jour.

Revient trois mois après.

Section du pont cutané sous anesthésie générale. Sortie le septième jour.

Malade revu quatre mois après. Le testicule est au fond de la bourse droite, et non douloureux.

QUELLE EST LA VALEUR DE CE PROCÉDÉ

M. Souligoux a fait au procédé de Katzenstein des objections extrêmement sérieuses, à première vue tout au moins, dans sa communication au Congrès de Chirurgie de 1906, car il considère « dit-il, ce procédé comme mauvais » de même que la fixation au périnée.

La première objection soulevée par M. Souligoux est la suivante : « Si le cordon est trop court, la traction exercée sur lui pour pouvoir l'amener en contact avec la surface cruentée de la cuisse, par exemple, doit-être assez forte ; l'extension n'est obtenue que par une prolongation des vaisseaux, et de ce fait la nutrition de la glande se fait mal : le testicule court le risque de s'atrophier. »

Bien que dans les observations qui ont été rapportées plus avant, nous n'ayons pas eu l'occasion d'observer de cordon d'une extrême brièveté, il nous semble qu'en pareil cas, aucun des procédés actuels n'est satisfaisant, puisque le testicule tend toujours à remonter à l'anneau ? Faut-il, comme le conseille

d'Halluin, dans sa très intéressante thèse, pratiquer la cure radicale et minutieuse de la hernie et laisser le testicule libre ?

Faut-il, si le testicule semble petit, voué probablement à l'atrophie, en faire l'ablation si, bien entendu, l'autre testicule est sain ? N'est-ce pas là l'occasion d'employer un procédé lent qui réalisera mieux que tout autre, lentement, mais définitivement, l'allongement du pédicule.

En cas d'insuccès, il sera toujours temps d'en arriver à la castration.

Deuxième objection. — Il est difficile de protéger par un pansement soigné la ligne de suture fémoro-scroto-testiculaire et l'on court le risque de voir suppurer la plaie.

Nous répondrons simplement que dans les cas cités plus avant, l'asepsie opératoire et post-opératoire a été telle que l'on n'a eu à déplorer aucune suppuration et cependant l'un des petits malades de M. Marion s'était levé, échappant à la surveillance, le deuxième jour après l'intervention !

Troisième objection. — Il doit être bien gênant pour le patient de garder pendant cinq mois, comme le laisse Keetley, le testicule adhérent à la peau de la cuisse.

Comme on le voit, par les opérés de MM. Marion

et Gosset, aucun des opérés ne fut libéré plus de trois mois après l'intervention ; il n'y aurait eu du reste aucun inconvénient à ce que la section du pont cutané fût pratiquée plus tard, car aucun des malades ne s'est plaint en quoi que ce soit d'être gêné ; il est même absolument remarquable de voir de jeunes opérés, d'ordinaire turbulents, supporter sans souffrance, patiemment, cet inconvénient, à première vue sérieux.

M. le D^r Berger me citait même à cette occasion que l'un des malades, dont l'observation est relatée ci-dessus, avait joué au foot-ball quelques jours après sa sortie, sans qu'il en résultât de douleur ou de gêne pour lui.

Quatrième objection. — « Quand on coupe le pédicule scroto-fémoral, si le cordon est trop court, il ne tardera pas à revenir sur lui-même et au bout de peu de temps le malade aura perdu le bénéfice de sa longue patience.

Quel est le procédé qui puisse s'opposer réellement à la réascension du testicule, s'il n'a un point d'appui vraiment fixe ?

Quant à le voir se rétracter, il semble bien que ce soit là une crainte bien injustifiée à l'égard de ce procédé puisque l'allongement se fait insensiblement, lentement. M. le professeur Gosset use du reste en cas de brièveté du cordon d'un procédé infiniment

simple. Il place sous la cuisse de son opéré un coussin de moins en moins épais qui permet l'extension progressive de la cuisse, et par suite du cordon.

De cette façon, pas de tiraillements sur les vaisseaux nourriciers, pas de douleur pour l'opéré.

En résumé, nous estimons que le procédé de Katzenstein employé aussi par de Beule et Keetley, n'est pas un procédé d'exception et qu'il peut rendre les plus grands services.

Il a l'inconvénient d'obliger le malade à une deuxième intervention, bien minime certes, mais inévitable qui ne l'immobilise d'ordinaire jamais plus d'une semaine.

Il donne parfois aussi des cicatrices peu esthétiques comme dans l'observation III.

CONCLUSION

Le procédé de Katzenstein est un excellent procédé applicable à tous les cas d'ectopie inguinale.

Surtout en cas de brièveté du cordon.

Vu : le Président de la thèse

RECLUS

Vu : le Doyen,

F. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- D'Halluin.* — Thèse de Paris, 1912.
Bezançon. — Thèse de Paris, 29 juin 1891-1892.
Katjenstein. — Berliner Klin., 1905.
— Deutsche med., 1902.
Reetley. — Société médicale de Londres, 1894.
— The Lancet medical, 29 juillet 1905.
Souligoux. — Congrès de Chirurgie, 1906.
Kirmisson. — Congrès de Chirurgie, 1906.
Villard. — Congrès de Chirurgie, 1906.
Walther. — Académie de Médecine, 23 janvier 1912.
-

Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et C^{ie}, 15, rue Racine, Paris -- 2803-14

